

Comisión de exministras y ministros de Salud

Exministras María Soledad Barría, Helia Molina, Begoña Yarza. Exministros Osvaldo Artaza, Pedro García, Alvaro Erazo, Emilio Santelices, Enrique Paris.

“Salud un derecho, en todas las políticas y en todos los lugares”

Introducción

La Comisión de Salud del Senado nos convocó, más allá de la coyuntura de la ley corta, a debatir sobre los principales lineamientos para futuras transformaciones en el sistema de salud de nuestro país. Para ello, nuestras opiniones y propuestas de consenso las organizamos en cuatro temas: Salud en un Estado Social y Democrático de Derechos; Rectoría y Gobernanza; Redes Integradas basadas en la Atención Primaria y centradas en las personas y sus comunidades; y, Financiamiento.

Lineamientos para las transformaciones en salud

1. Salud en un Estado Social y Democrático de Derechos

Promover el bien común es el fin del Estado. "Salud en un Estado Social y Democrático de Derechos" implica diversos aspectos relacionados con la salud de la personas y sus comunidades y la gobernanza en salud en un país que se rige por un Estado de Derecho y que busca desarrollar un sistema de protección social y extender la democracia más allá de la formalidad de los procesos políticos, otorgando a todos capacidades que superen desigualdades evitables, y generando las condiciones para que todos puedan alcanzar su mayor realización integral posible.

La primera reflexión surge del concepto de “derecho en salud”. En 1946, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acordaron un principio internacional fundamental, en virtud del cual “...el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión ideología política o condición económica o social...” . En la doctrina internacional, aun existiendo discusión acerca de la nomenclatura apropiada para referirse al “derecho a la salud” al “derecho a la protección de la salud”, “derecho al cuidado de salud” o al “derecho al más elevado estándar de salud posible”, hay consenso en torno al

derecho, inherente a la dignidad humana a las condiciones universales, sin discriminación alguna, para el logro del mayor nivel de calidad de vida.

Dado a que actualmente prevalece un paradigma biomédico, este derecho no debe ser reducido al campo de las enfermedades, ni de los meros servicios de atención médica, ya que está estrechamente vinculada con las condiciones en que viven las personas. Por tanto, en ello influye más el acceso a alimentación, vivienda y ambiente saludable, a deporte y recreación, a empleos de calidad, a mayor nivel educacional, entre otros muchos factores, conocidos como determinantes sociales de la salud, que a la sola existencia de servicios médicos. Esto explica por qué los indicadores de salud no guardan una estricta correlación solo con el nivel de gasto o las condiciones de acceso a los sistemas sanitarios. Nadie puede exigir ni garantizar que se permanecerá sano, tan solo las circunstancias para que se pueda desarrollar y sostener el potencial de las personas. Por tanto, el derecho a la salud implica que el estado debe garantizar progresivamente condiciones para el logro del mayor nivel de salud en lo físico, lo psíquico, lo social y ambiental posibles. Esto implica de políticas y acciones intersectoriales persistentes y del más alto nivel, que impacten positivamente en las determinantes sociales de la salud y que promuevan cambios culturales para estilos y hábitos saludables. En ello, no podemos olvidar una lección de la pandemia y de la emergencia de nuevos riesgos sanitarios: no hay una frontera, sino una creciente interdependencia entre la salud de las personas y su ambiente.

Junto a lo anterior el Estado –como expresión máxima de la organización político social de un colectivo para el logro del bien común-, debe realizar diseños para una distribución equitativa y solidaria de los recursos para garantizar se provean servicios de atención equitativos y de calidad, universales e integrales, desde la promoción a los cuidados de largo plazo, disponibles oportunamente y sin barreras de acceso ni discriminación alguna, en todo el curso de la vida para todas las personas y comunidades según la necesidad, en la medida de los recursos disponibles. La expresión según los “recursos disponibles” habla de una gradualidad en que los Estados no pueden darse por satisfechos con el reconocimiento de un mínimo del derecho, porque el cumplimiento de los derechos sociales debe ser progresivo. Lo anterior, en el caso de nuestro país, cobra mayor relevancia ante la evidencia de desigualdades evitables en salud que se deben corregir.

Así, los principios de progresividad y de no regresividad obligan a condiciones cada vez más rigurosas de exigibilidad, que obligan a justificar que se está haciendo todo lo materialmente posible (respecto de los recursos) para satisfacer este derecho social.

La implementación del derecho obliga al fortalecimiento permanente de la función de rectoría, deber ineludible del Estado y a una gobernanza que asegure que las personas y sus comunidades tienen un papel activo y protagónico en la toma de decisiones relacionadas con la salud, a través de la participación en la formulación e implementación de las políticas de salud y a través de la fiscalización de políticas y servicios de salud transparentes.

En suma, Salud en un Estado Social y Democrático de Derechos implican construcciones sociales, económicas y políticas desde un enfoque integral, equitativo, y solidario, que permitan garantizar progresivamente que todos los ciudadanos tengan acceso a condiciones para una vida saludable y acceso a servicios de salud de calidad, asumiendo el Estado la responsabilidad de proteger y promover la salud de su población, de acuerdo con los principios la Justicia Social y del Estado de Derecho.

2. Rectoría y gobernanza

Rectoría es una de las funciones esenciales de salud pública y se refiere al ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud y a la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para el logro de objetivos sanitarios. Rectoría es una función de competencia característica del gobierno, ejercida mediante la Autoridad Sanitaria Nacional (Ministerio de Salud, MINSAL) y su propósito es implementar, dentro del marco jurídico vigente, las decisiones y acciones públicas para garantizar, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos de los actores sociales. Así, se reconoce que la rectoría abarca dimensiones, que son responsabilidad indelegable de la autoridad sanitaria tales como la conducción, la regulación, el ejercicio de las funciones esenciales de la salud pública (FESP), la modulación del financiamiento, la garantía de aseguramiento y la armonización de la provisión de servicios. Dichas dimensiones, se deben ejercer sobre todo el sistema de salud, incluyendo actores tanto públicos como privados.

Por “gobernanza” se entienden a los diseños institucionales de interacción entre el Estado y la sociedad, dentro del marco jurídico de la nación, que regulan a los actores sean estos públicos como privados y los recursos críticos del sistema de salud para ordenar los consensos y garantizar la legitimidad, estabilidad y sostenibilidad de las políticas, que tienen influencia sobre las condiciones de vida de la población (determinantes sociales de la salud) y sobre la cobertura y acceso a los servicios de salud.

Gobernanza, intersectorialidad y políticas públicas

La función de rectoría requiere de una gobernanza intersectorial, que involucre a otros Ministerios sectoriales como Desarrollo Social, Educación, Trabajo y Ambiente con especial énfasis en las condiciones ambientales para niñas, niños y adultos mayores, a objeto impactar en las determinantes sociales de la salud y promover la calidad de la vida, con el debido soporte presupuestario del Estado que son dados a través la DIPRES y su reflejo anual en las leyes de presupuesto, Para materializar el principio de “Salud en todas las políticas”, se requiere de formalizar mecanismos de coordinación del más alto nivel que no sólo generen coordinación de los ministerios involucrados, sino que también impliquen participación ciudadana, que permitan establecer una gobernanza sistémica y mecanismos de transparencia y cuenta pública. Esto implica una evaluación permanente de los

programas de promoción de la salud, de las iniciativas de municipios saludables y del sistema elige vivir sano, sólo por enumerar algunos aspectos. La gobernanza intersectorial, debe expresarse también a nivel regional y municipal, donde deben involucrarse entidades gubernamentales, alcaldes, empresa, sociedad civil, usuarios y trabajadores de la salud.

Especial atención, debe colocarse en la necesaria rectoría del sector salud sobre las instituciones formadoras de profesionales y técnicos a la salud. En este ámbito debe fortalecerse la capacidad del MINSAL para actuar conjuntamente con Educación y para diagnosticar necesidades y planificar competencias necesarias, cantidad y distribución de técnicos y profesionales, como también la capacidad de generar señales en el mercado laboral a objeto de asegurar una adecuada distribución y retención de ellos. Así mismo deben fortalecerse las capacidades institucionales de asegurar estándares de calidad que den seguridad a la población en relación a las competencias de los profesionales y técnicos de la salud. En el ámbito de las capacidades de técnicos y profesionales de la salud, es esencial que la rectoría promueva en las instituciones formadoras perfiles de egreso y mallas curriculares en sintonía con los desafíos sanitarios del país, con los requerimientos de trabajo interdisciplinar, con las necesidades de fortalecer el primer nivel de atención y el trabajo en los territorios con las personas y sus comunidades, así como en la utilización de las nuevas tecnologías. En la línea del aseguramiento de la calidad, deben optimizarse las capacidades regulatorias a fin de que los campos clínicos estén disponibles con el adecuado balance con la seguridad y los derechos del paciente, asegurando formación adecuada de profesionales y técnicos de la salud.

Gobernanza y materialización del derecho a la protección de la salud

El reconocimiento del derecho a la protección de la salud, e incluso su instrumentación normativa, no siempre significa su plena realización. De hecho, el ejercicio del derecho a la salud se ha visto dificultado por diversos factores entre los que destacan los de orden financiero, cultural, geográfico, y de género, como también los relacionados con la equidad y gestión de los recursos, configurando así una “geografía de la exclusión” de la seguridad social en salud. De hecho, tratar de remediar esta situación ha sido uno de los objetivos declarados de muchas de las agendas de cambio en las últimas décadas. Las reformas en salud no pueden ofrecer “todo para todos y al mismo tiempo”. Es difícil, pero no imposible el evitar la triple trampa a la que los países están expuestos: la del diseño tecnocrático (entre cuatro paredes) de políticas con escasa legitimidad social; la del caer vencido ante la tentación populista de ofrecer todo para todos al mismo tiempo; y por último la de dejar en mano del poder judicial la definición sobre a que se tiene acceso en salud.

La necesidad de priorizar es consustancial a la escasez de recursos. No hay país en el mundo que pueda obviar ese dilema. El desafío es cómo abordar dicha realidad desde la racionalidad de la evidencia, la ética, la equidad y la óptica de los derechos humanos. Mientras nuestras sociedades sean inequitativas habrá presiones para condiciones de acceso y calidad mejores a la de los demás grupos. Desde la evidencia de las inequidades en

salud, es primordial definir un estadio esencial posible de garantizar para todos, que minimice sus consecuencias en la salud de modo coherente con el concepto ético de dignidad humana, y ese estadio debe establecerse como el punto de partida para la universalidad. Ese modelo debe contener lo prioritario para promover y mantener la vida y su calidad sin diferencias evitables, por tanto injustas; debe incorporar progresivamente todo lo costo efectivo que el conocimiento va colocando a disposición de los sistemas sanitarios; debe asegurar que nadie queda afuera, especialmente los más vulnerables. Es indispensable entonces, definir en qué consiste lo esencial, lo ético que puede/debe garantizarse a todos sin exclusión, con el fin de avanzar a derechos sociales en salud que se cumplan, sin condicionar dichos beneficios o posibilidades de acceso a la capacidad de pago. También hay que reconocer la existencia de tendencias en algunos sectores políticos que en sus discursos, con el supuesto legítimo de que el Estado debe financiar todas las necesidades de salud, tienden a ofrecer un universalismo sin los respaldos de recursos que lo haga posible. Todo esto junto a las influencias de los medios de comunicación, genera una creciente explosión de expectativas que se traduce en un problema político real, a la hora de tomar decisiones claves para conseguir una más equitativa y efectiva atención sanitaria con los recursos disponibles. Por su propia naturaleza y dada las expectativas que genera la industria de tecnologías sanitarias, las necesidades en salud son potencialmente infinitas y los recursos para atenderlas no lo son. La escasez resultante se acentúa a medida que la demanda por servicios de salud crece. Además, la explosión tecnológica y la dinámica de la industria de la salud, hace posible ofrecer servicios que pueden no responder a una necesidad: hay innumerables estudios sobre consumo innecesario. Por todo eso, en materia de atención a la salud, siempre existe alguna forma de racionamiento. Toda sociedad, así sea próspera en extremo, enfrenta el problema del uso racional de los servicios de salud. Lo puede hacer en forma implícita, dejando que cada quien se defienda por sí mismo, o en forma explícita, mediante un consenso social transparente y democrático. Para lo anterior es esencial generar una institucionalidad (ETESA), que con autonomía pueda orientar a las políticas públicas desde la evidencia científica sobre que debe ser incluido o excluido en las prestaciones de salud.

Materias regulatorias

La autoridad sanitaria a través de toda su institucionalidad: SEREMI e ISP, deben seguir siendo fortalecidos y ganando capacidades para garantizar a las personas alimentos saludables y accesibles, saneamiento, ambiente libre de contaminación, trabajos seguros y saludables. Las SEREMI, deben aumentar sus capacidades para conocer las necesidades de salud y apoyar a los gobiernos regionales, municipios y APS en la acción intersectorial y en el diseño e implementación de los planes de salud regionales y municipales. También la Superintendencia de Salud debe seguir adquiriendo capacidades regulatorias en la calidad de los prestadores y fortaleciendo su institucionalidad sobre la base de paneles expertos vinculantes, con altas competencias que puedan otorgar garantías para realizar toma de decisiones en materia de aseguramiento a objeto de que los agentes aseguradores públicos

y privados se alineen con los objetivos sanitarios del país y con los principios de la seguridad social en salud.

Organización del sistema público

La CENABAST, debe seguir modernizándose y adquiriendo capacidades como empresa pública para la compra de tecnologías sanitarias incluyendo medicamentos de calidad a bajo costo y para que estos estén. El FONASA, es una institución confiable para la ciudadanía y ese capital debe ser fortalecido en sus tareas de recaudación, mancomunación, asignación de los recursos y conducción financiero-presupuestaria sectorial, con mejoras en su gobernanza, a objeto de involucrar a sus usuarios y dar certezas a todos los sectores de que no será cooptado por interés particular alguno, y que conta con todas las herramientas necesarias para resguardar las necesidades sanitarias de las personas en materia de aseguramiento y realizar una debida gestión, control y cuenta pública de los recursos. Así también, debe continuar perfeccionando la modalidad libre elección a fin de mejorar su impacto sanitario, sus coberturas y protección financiera, así como sus mecanismos de pago a prestadores privados incentivando soluciones sanitarias integrales con una adecuada transferencia de riesgo.

A más de una década y media de la última reforma a la salud, es urgente evaluar luces y sombras de los cambios estructurales allí generados. Especial atención debe tener el revisar el aporte de la creación de dos subsecretarías. Siendo la subsecretaría de salud pública el giro central de la función del MINSAL, cabe analizar si no debiera volverse a una sola subsecretaría centrada en el diseño de las políticas, donde el ámbito de la prestación de servicios este solamente centrado en los temas de políticas de modelos de atención, de gestión y de complementariedad público privada y no en el comando control y la gestión cotidiana. Al respecto, hay opiniones que sugieren que la conducción de las redes públicas debieran estar fuera del ministerio a través de una Dirección Nacional y Direcciones Regionales que en base a las políticas del MINSAL administren las redes públicas, teniendo como objetivo que las redes estén centradas en las personas y sus comunidades; que integren efectivamente a distintos actores asegurando la continuidad e integralidad de la atención y de los cuidados; que distribuyan capacidades y empoderen a la atención primaria y a las propias comunidades para resolver las necesidades de salud en sus territorios; que promuevan la calidad, la eficiencia, la transparencia y la cuenta pública; que involucren a los diversos incumbentes; y que profesionalicen la gestión a fin de minimizar el riesgo de captura (aquí cabe seguir perfeccionando el sistema de alta dirección pública). Probablemente estos cambios estructurales no puedan hacerse de un día para otro, por lo que habrá que diseñar transiciones razonables como política de estado.

Finalmente, cabe relevar que una adecuada gobernanza en el sector salud implica adecuadas articulaciones con el poder legislativo, judicial y con entidades públicas tales como la Contraloría General de la República. Una buena gobernanza exige también de crecientes esfuerzos por transparencia y cuenta pública, así como la promoción de una

efectiva participación de las personas a todos los niveles a objeto de trasladar capacidades y poder hacia los ciudadanos para involucrar a las personas y sus comunidades tanto en la resolución de las necesidades de salud, así como en el control de las políticas, de las actividades sanitarias y de la prestación de los servicios.

3. Redes Integradas basadas en la Atención Primaria a la Salud y centradas en las personas y sus comunidades

Redes integradas basadas en la atención primaria a la salud (APS) y centrados en personas y comunidades, son aquellos estructuradas y gestionadas desde el paradigma de la estrategia de APS, que articulan su quehacer desde el hábitat y las organizaciones que las personas se dan en los territorios, a través de vinculaciones de cooperación entre diversos actores, de tal manera que las personas reciban acciones de salud sin quiebres en la continuidad entre la acción intersectorial, la promoción de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y gestión de las enfermedades, rehabilitación, cuidados de largo plazo, actividades socio sanitarias y acciones sobre el ambiente, todo ello de forma coordinada y cooperativa entre diferentes actores, eslabones y centros asistenciales del sector de la salud y más allá de él (intersector) y con arreglo a las necesidades a lo largo de todo el curso de vida, con mirada de género y de interculturalidad, respeto a la diversidad y a la autonomía y participación de las personas. Este concepto implica que “salud está en todos los lugares” por lo que las personas perciben un accionar sistémico y sinérgico del sector salud en el domicilio, el barrio, el trabajo y el centro de salud, con un enfoque de género, intercultural y ecológico. Centrada en la persona y su comunidad, es la forma de entender y practicar la atención y los cuidados en salud que adopta conscientemente el punto de vista de las personas, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes protagónicos de un sistema de salud que no se organiza desde el paradigma hospitalo céntrico, ni en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de las personas y el ambiente. Se trata de transitar desde un paradigma centrado en la atención de salud hacia uno centrado en el cuidado de poblaciones. Esto implica personas informadas, comunidades empoderadas, un primer nivel de atención resolutivo y que el saber técnico y las tecnologías sanitarias estén orientada al servicio de las personas en donde viven y se desarrollan.

Lo señalado anteriormente requiere de un primer nivel de atención confiable y resolutivo, con capacidades tecnológicas y humanas para trabajar intersectorialmente en y con las propias comunidades para; en conjunto a Seremi, municipio y sociedad civil, diagnosticar, planificar y ejecutar acciones de salud de manera oportuna e integral resolviendo la mayoría de los requerimientos de las personas; y, con la capacidad en conjunto a los servicios de

salud de articular la continuidad de la atención y de los cuidados a través de la red asistencial.

El tránsito hacia el cuidado de poblaciones requiere de instalar herramientas tecnológicas que permitan la continuidad y trazabilidad del cuidado, como así mismo nuevas formas digitales de entregar atención, internet de las cosas (IOT), monitoreo a distancia, readecuación de roles de los miembros de los equipos de salud, en particular para la administración de pacientes crónicos con un soporte tecnológico sostenible en el tiempo, escalable y adaptable a nuevos requerimientos. Este esfuerzo tecnológico tendrá un correlato en la disponibilidad y fortaleza de la información sanitaria para la mejor toma de decisiones a nivel de las políticas públicas y también a nivel regional y local.

Con relación a la APS, hay que reconocer el papel histórico que ha jugado en Chile y sus invaluable aportes. Los logros sanitarios de nuestro país están profundamente ligados al esfuerzo de los trabajadores de la APS. Ejemplo de ello fue su aporte en tiempos de pandemia. Es notable el esfuerzo que se ha realizado en las últimas décadas, infraestructura digna y ampliaciones de cobertura, ejemplo de esto último son las sala IRA y ERA, los SAPU, COSAM y SARS. Hay motivos para estar orgullosos, pero también para estar inconformes ya que hay mucho por hacer.

La mejor manera de reconocer su contribución es fortaleciendo sus capacidades. Lo anterior implica que al menos el 30% del gasto en salud se orienta hacia la APS; que gradualmente mejore la disponibilidad de tecnologías sanitarias para la labor territorial y para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de problemas de salud y que las capacidades humanas interdisciplinarias se potencien. En el ámbito del financiamiento hay que seguir aumentando las transferencias y también se deben perfeccionar los ajustadores de pago capitado vigentes mediante la utilización de nuevas herramientas que permiten capturar de manera más representativa las particularidades locales (pobreza, ruralidad, etnicidad, etc.), así como el riesgo asociado a la carga de enfermedad de las poblaciones. En el plano asistencial y en particular en las acciones sanitarias de anticipación al daño, el equipo de atención primaria es quien debe conducir y tener al alcance las herramientas diagnósticas y terapéuticas y los mecanismos financieros que garanticen el acceso a la atención secundaria y terciaria.

En el ámbito de las capacidades humanas, es preciso perfeccionar los estímulos a la retención de técnicos y profesionales, a diversificar las disciplinas del equipo de salud, y a facilitar que se pueda actuar inter y transdisciplinariamente. Para lo anterior, también es importante modificar el Código Sanitario de modo que junto a reconocer y validar a las distintas disciplinas incluidas las de las ciencias sociales y de la salud mental que participan en los equipos de salud, deje amplios espacios a que los roles y funciones no estén rígidamente establecidos como estancos, sino que puedan ajustarse colaborativamente en torno a la mejor resolución de las necesidades de las personas y sus comunidades. También, hay que reorientar la formación de técnicos y profesionales de manera tengan las

capacidades para trabajar interdisciplinariamente tanto en la acción territorial como en los procesos asistenciales, como para también aprovechar de manera intensiva las nuevas tecnologías. En ello, las instituciones formadoras tienen una deuda y un desafío pendiente.

El fortalecimiento de la APS requiere además del incremento continuo de la proporción del gasto público, pero también que: las políticas en ese ámbito estén adecuadamente representadas al más alto nivel en el MINSAL; que tanto en los servicios de salud como seremis estén las capacidades para empoderar a la APS; que el papel de alcaldes y municipios esté debidamente reflejado en la estructura local de gobierno de las redes; y que los establecimientos que concentran las especialidades estén estructuralmente orientados a dar servicio a la APS.

La pandemia nos puso de relieve el papel protagónico de la APS, por ello, todo esfuerzo para que la APS sea universal debe ser valorado. Todo habitante de nuestro país, independientemente de su condición, debe estar inscrito en la APS, de modo pueda recibir de manera expedita todas las acciones de bien público que allí se efectúan. APS universal, requerirá de un esfuerzo sostenido de financiamiento independiente de sus fuentes. La participación del sector privado en el modelo de atención familiar y comunitario requiere de una mirada territorial y del cumplimiento integral de la función pública. Lo anterior, no es obstáculo a que puedan desarrollarse, en el contexto de redes, iniciativas privadas complementarias a APS universal, en el ámbito de prestaciones clínicas ambulatorias, que tengan como objeto contribuir a la promoción, el fomento, la prevención, facilitar procesos asistenciales continuos, efectivos y eficientes, así como contribuir a la contención de los costos. Estas últimas modalidades también podrían formar parte de la complementariedad público privada de la misma manera como ocurre a nivel secundario y terciario. Para ello, será esencial facilitar la interoperabilidad de los sistemas clínicos de información.

En el mundo desarrollado, por razones de seguridad, calidad y eficiencia, cada vez se disminuye el número de camas hospitalarias, concentrándolas en los casos, cada vez más restringidos, que requieren de uso intensivo de tecnologías con las personas internadas. Pero en paralelo, cada vez más se aumenta la inversión en centros ambulatorios para diagnóstico, para la cirugía de día, la diálisis, la quimioterapia, etc., así como un fuerte desarrollo de la hospitalización domiciliaria. En Chile, era necesario dignificar y modernizar el espacio hospitalario. En paralelo aumenta la inversión en APS y se logra un número cercano a 3 camas de mayor complejidad por mil habitantes, habrá que concentrar la inversión en centros ambulatorios de alta complejidad tecnológica. El desarrollo de un potente nivel secundario que permita soluciones sin internación es esencial para los problemas de hoy y los desafíos del mañana. Sin duda, que el sector privado prestador debe ser un importante colaborador a las redes públicas en este ámbito.

Las redes integradas requieren de una gobernanza y gobierno a nivel regional que asegure la integralidad del accionar y la continuidad de la atención y los cuidados. En este ámbito es importante involucrar a actores relevantes de la región tales como alcaldes, usuarios y

trabajadores de la salud y hay reformas pendientes tanto en la estructura del sistema público como en los mecanismos de complementariedad público privada. Hay que velar por que la participación de los diversos actores resguarde los objetivos superiores de la población, por sobre sus intereses particulares.

Para fortalecer el papel de los municipios, parece interesante explorar agrupaciones de éstos con el apoyo de universidades y de seremias y servicios de salud para mejorar capacidades de conocer necesidades, realizar planeamiento y ejecutar políticas. En el tema de redes no sólo hay temas pendientes de gobierno y gobernanza que aseguren el involucramiento de actores claves (como los alcaldes), sino también de como integrar sistemas de información; de cómo hacer que los objetivos sanitarios y las necesidades regionales se traduzcan en señales de inversión en infraestructura, tecnologías sanitarias y capacidades humanas; y de cómo lograr la mejor complementariedad público privado en torno a objetivos sanitarios y reglas compartidas. En la inversión de infraestructura y equipamiento la escala regional muchas veces es clave para tener un plan maestro eficiente y efectivo.

En la prestación privada, está también el desafío de su inserción a lógicas de redes integradas estructuradas desde la APS, de modo armonizar un modelo de atención compartido, junto a mejoras en regulación de la calidad y a la generación de incentivos y mecanismos de pago, que eviten el sobre consumo de prestaciones innecesarias.

Difícil será lograr redes integradas sin un esfuerzo sostenido como política de estado de transformación hospitalaria. El hospital en Chile sigue concentrando el poder y el financiamiento. El hospital debe volcarse hacia lo ambulatorio, para lo anterior es esencial: evaluar la autogestión hospitalaria ya que no puede ser que a más de una década de dicha política no exista una revisión seria de ésta para su modificación; continuar con el perfeccionamiento de la profesionalización de la gestión hospitalaria; gestionar casos, agendas y sistemas de referencia y contrarreferencia desde afuera del hospital; financiar al hospital exclusivamente en base a su desempeño salvo gastos fijos estratégicos (lugares alejados u otros); modificar las base legales que rigen la gestión hospitalaria especialmente en la gestión de las personas, de manera que respetando derechos y sin precarizar condiciones laborales, se generen los estímulos a los equipos a responder a las necesidades de la red con eficiencia, calidad y transparencia. En apoyo a este proceso de transformación se deben incorporar métricas de evaluación y rendición de cuentas periódicas, transparentes, y de acceso a toda la comunidad para que esta ejerza un rol de control informado.

Con respecto a redes integradas y las tecnologías sanitarias, éstas deben estar orientadas hacia las personas, especialmente en facilitar el manejo y control de padecimientos crónicos, en acercar los servicios de promoción, atención, rehabilitación y cuidados al hábitat, contribuir a la autovalencia y a la interacción entre usuarios y los equipos de salud. Las tecnologías de la información y comunicación (Tics), están demostrando ser grandes

aliadas en la generación de datos para la toma de decisiones en salud pública, en mejorar la eficacia, la eficiencia, calidad y continuidad de los procesos asistenciales y en contribuir a mejorar la eficiencia y transparencia en la gestión, en los mecanismos de pago y el desempeño de los servicios. Es imperativo instalar de manera robusta el concepto de salud digital en las redes y avanzar en el uso de las Tics para contribuir a la continuidad de la atención y de los cuidados, así como para una gestión asistencial de excelencia en la prestación en red de los servicios.

“Salud en todos los lugares”, requiere de una APS resolutive, de redes que funcionan y de un hospital que se transforma. Pero por sobre todo de personas y de comunidades informadas y empoderadas, que no sólo exigen sus derechos, sino que también participan protagónicamente en la construcción de soluciones.

4. Financiamiento

Con respecto al financiamiento, hay dos aspectos esenciales. Primero, que la salud no es un gasto, sino una inversión primordial como condición para el desarrollo de las naciones. Segundo, que la inversión en salud debe progresivamente aumentar a objeto de que las personas y sus comunidades puedan resolver sus necesidades sin estar mediado o condicionado por su capacidad de pago. Tercero, que se debe reconocer los impactos en la salud de las profundas desigualdades estructurales que persisten en nuestro país, por lo que diversos grupos poblacionales requieren de esfuerzos adicionales. Hoy, reconociendo los avances de últimas décadas, persisten fuertes inequidades de acceso y un elevado gasto de bolsillo (30% del gasto). Los necesarios incrementos en el gasto público y su adecuada distribución que se requieren para lograr los objetivos sanitarios deben ir asociados en mejoras en la eficiencia, gestión y calidad de dicho gasto. Eficiencia, efectividad y equidad se deben articular en las políticas de salud.

Los ámbitos que más contribuyen a la eficiencia del financiamiento en los aspectos vinculados al gasto en salud guardan relación con los progresos en las condiciones sociales y ambientales en que viven y se desarrollan las personas; el aumento de la proporción del gasto público en la atención primaria (APS) y su universalización; en la incorporación de tecnologías sanitarias costo efectivas; en las transformaciones para una gestión hospitalaria eficiente; en los cambios en la prestación privada para facilitar su articulación en redes integradas basadas en la estrategia de la APS, y en incorporar mecanismos de control de costos tales como riesgo compartido entre quien financia y presta servicios, mecanismos de pago y de gestión de casos que mejoren costo efectividad, eviten prestaciones innecesarias y presiones inflacionarias; y, en la generación de mecanismos solidarios de financiamiento, en su universalización, y en el diseño de agrupamiento de todos los ingresos y riesgos (pooling), ya que contar con poblaciones agregadas contribuye al uso más eficiente de los

recursos. Finalmente en materia de eficiencia del financiamiento, progresivo consenso está generando la necesidad de una reorganización del proceso de licencias médicas. En este ámbito hay importantes áreas de oportunidad para que resguardando el reposo como herramienta sanitaria, este sea utilizado de mejor manera. Hay temas de institucionalidad, de regulación, de incentivos, , entre otros que deben ser resueltos.

Internacionalmente las fuentes del financiamiento provienen de impuestos generales o de aportes contributivos asociados al trabajo formal. En Chile los aportes son mixtos y dadas las características de nuestra estructura impositiva es probable que sigan siendo necesarios ambas fuentes. Independiente de ello, todo aporte a salud debe entenderse como parte de la seguridad social en salud y cumplir entonces con sus principios tales como solidaridad, no discriminación, participación y transparencia. En esta materia especial atención debe ponerse al trabajo informal y a la precarización del trabajo que afectan la sostenibilidad de la seguridad social, en desmedro de quienes cumplen con sus obligaciones ante la sociedad, mediante el pago de sus tributos.

El primer desafío es fortalecer APS y posibilitar un financiamiento adecuado para su universalidad, resolutivez y calidad debiendo como mínimo superar el 30% del gasto público en el más breve plazo, lo cual debería quedar establecido en una línea de tiempo consensuada.

A objeto de evitar presiones para introducir tecnologías no probadamente costo efectivas y reducir el riesgo de que sea la vía judicial, en vez de la autoridad sanitaria, quien determine que tecnologías sanitarias se incorporan a las prácticas clínicas, se hace indispensable y urgente el contar con una institucionalidad robusta de evaluación de tecnologías sanitarias (ETESA), que tenga las capacidades para sugerir a la autoridad sanitaria que tecnologías sanitarias deben ser ofrecidas por el sistema de salud en su conjunto.

Ya existe mucha evidencia de pérdidas de eficiencia y calidad tanto en la prestación pública como privada. En la pública, es momento de cambiar las reglas administrativas que rigen la gestión hospitalaria a objeto de propiciar una gestión de excelencia. El área más sensible para el logro de servicios de calidad con mejores impactos sanitarios y uso eficiente de los recursos guarda relación con la gestión de los trabajadores de la salud. Para ello, es esencial cambiar las reglas de un obsoleto estatuto administrativo hacia marcos normativos que contribuyan a contextos laborales saludables y por tanto promotores de la calidad y el desempeño. La ética de la responsabilidad pública debe ser una constante que impacte positivamente en los resultados, en la eficacia y eficiencia. Junto a lo anterior, es perentorio continuar perfeccionando el sistema de Alta dirección Pública a objeto promover equipos directivos que puedan sostener y liderar complejos procesos de cambio organizacional orientados a los resultados e impactos en la calidad del servicio.

En la prestación privada, como se ha señalado, está el desafío de su inserción a redes integradas basadas en APS, junto a mejoras en regulación de la calidad y a mecanismos de

pago, que eviten el sobre consumo de prestaciones innecesarias. Las asimetrías de información deben promover que se entregue adecuadamente los beneficios y derechos de los pacientes durante todo el ciclo de atención

La segmentación en salud, por capacidad de pago o condición de salud junto al manejo compartimentado del riesgo de las poblaciones, ha tenido efectos indeseados salud con el resultado de discriminación y exclusiones en coberturas y beneficios. Por lo anterior, existe consenso en que agregar solidariamente el riesgo en salud (*pooling*) es más eficiente. Para el logro y administración de dicha mancomunación de riesgos en el mundo se utilizan variadas herramientas. En ese punto instrumental de largo plazo, reconocemos entre nosotros una falta de acuerdo ya que coexisten distintas visiones de futuro. Eso sí, señalamos que se debe tener a la vista que la implementación de cualquiera de los sistemas de administración de financiamiento mancomunado, encierra complejidades que requieren resolverse previamente de manera adecuada y gradual, quizás allí, en las etapas previas pueda ser más fácil ir logrando acuerdos en base a evidencias. La actual coyuntura generada por los tribunales de justicia sobre tabla de factores y prima GES, debería ser una oportunidad para que una vez despejada la situación de crisis, mediante la ley corta actualmente en trámite, que dará un espacio de años para el cumplimiento de los fallos, debiera abrirse un período que podemos llamar de transición donde mejoren las capacidades del Fonasa, para perfeccionar la modalidad libre elección y las herramientas para exigir el cumplimiento de sus obligaciones a los prestadores públicos y privados, junto a que el sistema Isapres pueda cumplir con los criterios de la seguridad social en salud de no discriminación y contribuir a la eficiencia a través de nuevos mecanismos de pago.

Palabras finales

Creemos que es necesario comprender que los procesos de Reforma en salud, aunque con sentido de urgencia, se deben desarrollar de manera gradual, teniendo en cuenta la magnitud de los desafíos, la inherente resistencia a los cambios propios de un sector cruzado por intereses diversos, y la ausencia a nivel global de un modelo que de manera categórica exhiba ventajas sobre otros. Chile cuenta con una tradición sanitaria que por décadas ha sido objeto de reconocimiento a nivel mundial, y nuestros indicadores sanitarios de primer orden como mortalidad infantil, cobertura de vacunaciones entre otros, dan cuenta del trabajo realizado por los salubristas que nos antecedieron. Hoy los desafíos del siglo XXI exigen, de todos quienes participamos en la construcción de un mejor sistema de salud, que honremos a nuestros antecesores y sepamos contribuir en la construcción de consensos que nos permitan avanzar, de manera sostenida en áreas claves que ya hemos comentado. En ese sentido, exministras y ministros de salud de gobiernos de diverso signo, hemos dialogado respetuosamente y señalado nuestros acuerdos en torno a los grandes principios que deben guiar los cambios en nuestro sistema de salud. Muchos son los ámbitos y oportunidades de mejora, pero sin duda los principales desafíos independiente de las

decisiones que democráticamente se tomen en el futuro, serán a nuestro juicio continuar fortaleciendo la estrategia de atención primaria y avanzar en la lógica de la seguridad social en salud a objeto que el derecho a la protección en salud sea percibido como una realidad por todos.

Resumen ejecutivo

Los principales acuerdos pueden ser resumidos en:

1. Rectoría requiere de una gobernanza intersectorial (formalizar mecanismos de coordinación del más alto nivel) con participación, partiendo por evaluación de políticas tales como Promoción y sistema Elige vivir sano;
2. La gobernanza intersectorial debe ser también a nivel regional y municipal;
3. Coordinación permanente de sectores Salud, Trabajo y Educación para diagnosticar necesidades de formación del personal planificar competencias, cantidad y distribución de profesionales y técnicos y exigir mallas concordantes con los desafíos sanitarios, trabajo interdisciplinar y necesidades del primer nivel de atención para el trabajo con territorios y comunidades;
4. ETESA (Evaluación de Tecnologías Sanitarias): necesidad de generar una institucionalidad, que con autonomía pueda orientar a las políticas públicas desde la evidencia científica sobre que debe ser incluido o excluido en las prestaciones de salud;
5. Seguir fortaleciendo capacidades de Superintendencia Salud y Seremías;
6. Seguir modernizando Cenabast;
7. Fonasa: seguir fortaleciendo, involucrar a sus usuarios y dar certezas a todos los sectores, seguir perfeccionando la libre elección: coberturas, protección financiera y soluciones sanitarias integrales;
8. Evaluar el aporte o no de la existencia de 2 subsecretarías de salud;
9. Salud en Todos los lugares: Gestión de Redes integradas basadas en la Atención Primaria a la Salud y centradas en las personas y sus comunidades. Fortalecer la gestión desde el paradigma de la estrategia de APS, articulando su quehacer desde el hábitat y las organizaciones que las personas se dan en los territorios. Se trata que las personas reciban acciones de salud sin quiebres en la continuidad entre la acción intersectorial, la promoción de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y gestión de las enfermedades, rehabilitación, cuidados de largo plazo, actividades socio sanitarias y acciones sobre el ambiente, todo ello de forma coordinada y cooperativa entre diferentes actores, eslabones y centros asistenciales del sector de la salud y más allá de él (intersector) y con arreglo a las necesidades a lo largo de todo el curso de vida, con mirada de género y de interculturalidad, respeto a la diversidad y a la autonomía y participación de las personas. Este concepto implica que “salud está en todos los lugares”;

10. Seguir fortaleciendo la Atención Primaria y en particular la Estrategia de Atención Primaria Universal;
11. La inversión en Atención primaria debe ir progresando para alcanzar el 30% del gasto en salud en el más breve plazo como un acuerdo de Estado;
12. Incorporar capacidades tecnológicas y humanas para posibilitar el trabajo participativo y comunitario;
13. Modificar el Código sanitario incorporando capacidades sociales y flexibilizando los márgenes de la acción de los diferentes actores;
14. En atención especializada: concentrar la inversión en centros ambulatorios y camas críticas, reorientando el trabajo hospitalario hacia lo ambulatorio;
15. Fortalecer la participación de municipios a nivel Servicios de Salud y Regiones, posibilitando la Asociación de estos y la inclusión de otros actores claves;
16. Sector privado puede incorporarse a Redes Integradas en las mismas condiciones que los establecimientos públicos (derechos y deberes), gestionadas por los Servicios de Salud, o funcionar al margen de las redes con eventuales convenios y venta de servicios a organizaciones públicas y privadas;
17. “Salud en todos los lugares”, requiere de una APS resolutive, de redes que funcionan y de un hospital que se transforma. Pero por sobre todo de personas y de comunidades informadas y empoderadas, que no sólo exigen sus derechos, sino que también participan protagónicamente en la construcción de soluciones;
18. Hoy existen profundas desigualdades en situación de salud de las poblaciones que hacen urgente trabajar intersectorialmente en las determinantes sociales y también desigualdades en los servicios de salud que obligan a un gasto de bolsillo exagerado (30%) que hace obligatorio que como país sigamos aumentando la inversión en salud;
19. Universalizar la APS permite mejorar la eficiencia del sistema en su conjunto;
20. Reorganizar el sistema de licencias médicas cautelando el objetivo sanitario del reposo médico;
21. Mantener aportes mixtos: aporte fiscal y aporte de trabajadores y todo aporte a salud debe entenderse como parte de la seguridad social en salud y cumplir entonces con sus principios tales como solidaridad, no discriminación, participación y transparencia;
22. Despejar situación actual de Isapre apurando Ley corta de Isapre;
23. Posteriormente abrir espacio para discusión e implementación de reformas, a través del fortalecimiento del Fonasa y de cambios estructurales en el sistema Isapre para terminar con la discriminación.